RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

VERS UN RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS DESTINÉS AUX PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES (MPOC)

Éléments essentiels de la mise en oeuvre

Direction de la programmation et
coordination

Le 27 mai 2002

106-06175/

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

Prix : 4.00$

Ce document est accessible dans le site Internet
de la Régie régionale de Montréal-Centre
à l'adresse : www.santemontreal.qc.ca

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002

TABLE DES MATIÈRES

Page

I Contexte 3

II Partenaires d'un réseau intégré 4

III Priorisation des investissements 6

IV Formation 7

V Implantation 7

VI Évaluation du projet 7

VII Conclusion 8

ANNEXES ..... *9 à 12*

I Mesures proposées 10

II Cheminement de la clientèle MPOC 12

I. Contexte

Pour faite suite au Forum sur les urgences, tenu au printemps 2000, madame Pauline Marois, ministre de la Santé et des Services sociaux, annonçait que la région de Montréal-Centre disposerait d'un budget récurrent de l'ordre de 2 011 060 $ afin de développer ou de consolider la mise en réseau des différents dispensateurs de soins et de services. Le projet devait nécessairement concourir à la consolidation ou à l'émergence d'une approche intégrée de soins et de services de première ligne comme l'indiquait la lettre de madame Pauline Marois en octobre 2000.

Compte tenu de l'importance de la problématique et afin d'obtenir des résultats significatifs sur l'engorgement des salles d'urgence, la Régie régionale de Montréal-Centre a choisi de concentrer ses efforts à l'amélioration de l'offre de services destinés aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques, mieux connue sous le nom de MPOC.

L'objectif poursuivi, dans le cadre du projet, étant d'éviter ou de retarder l'hospitalisation ou la fréquentation des salles d'urgence, les personnes desservies, au point de départ, seront celles qui sont connues des centres hospitaliers, puisqu'elles auront déjà été hospitalisées pour des troubles respiratoires.

L'estimation des personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques pour la région de Montréal-Centre en l'an 2000 était de 24 106 personnes, ceci selon le taux de prévalence canadienne diffusé par la Santé publique.

Les données d'hospitalisation nous indiquent qu'en 2000-2001, 2446 personnes âgées de 55 ans et plus ont été hospitalisées à cause de cette maladie.

En décembre 2001, un relevé en provenance des CLSC nous révèle que 3 102 personnes atteintes de MPOC avaient un dossier actif en Soutien à domicile.

Tous ces éléments ont amené la Régie régionale à formuler le présent projet.

II. Partenaires d'un réseau intégré

Afin de permettre un suivi intégré pour les personnes atteintes de MPOC, un ensemble de partenaires sont impliqués dans les diverses phases de l'évolution de la maladie : CLSC, Médecins, CHSGS, SRSAD.

CLSC :

- Mise en place de services spécifiques destinés aux personnes atteintes de MPOC soit : détection, immunisation, cessation de fumer, suivi systématique, enseignement à l'autogestion de sa maladie, réadaptation respiratoire, intervention psychosociale, support aux proches, formation et animation de groupes d'entraide et services de fin de vie; aux services courants ou aux services à domicile du CLSC.
- Clientèle cible : les personnes atteintes ayant un résultat au VEMS supérieur à 50 % ou en l'absence de VEMS avec un DÉBIT DE POINTE supérieur à 50 % ainsi qu'aux clientèles avec équipement respiratoire ou avec des atteintes plus sévères qui ont été stabilisées par le SRSAD.
- Désignation d'une infirmière chargée du programme MPOC dans chacun des CLSC. Celle-ci a pour fonctions : la formation, l'aide conseil auprès des intervenants, la prise en charge clinique des personnes atteintes exigeant une connaissance plus approfondie de la maladie.
- Nomination d'un gestionnaire de cas pour chaque personne atteinte.
- Élaboration du plan de services individualisé en collaboration avec les partenaires.

SRSAD (Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires) :

- Clientèle cible : services respiratoires à domicile pour les personnes atteintes ayant besoin d'équipement respiratoire, personnes réfractaires au traitement et les personnes sans équipement respiratoire dont le résultat du VEMS est de 50 % et moins ou en l'absence de VEMS avec un DÉBIT DE POINTE de 50 % et moins et ceci jusqu'à la stabilisation de l'état.
- Participation au plan de services individualisé avec les partenaires.
- Consolidation des services d'inhalothérapie.
- Garde régionale en inhalothérapie, vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine, incluant les congés fériés.
- Gestion du parc d'équipements respiratoires à l'échelle régionale.
- Support individuel et de groupe aux intervenants des équipes locales.
- Collaboration au plan de formation, à l'élaboration et implantation d'outils communs de suivi.

CHSGS (Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés) :

- Services spécialisés et généraux pour les clientèles atteintes en phase aiguë
- Participation au plan de services individualisé avec les partenaires.
- Désignation d'un intervenant pivot (gestionnaire de cas) rattaché et intégré à une clinique ayant une programmation spécifique pour la clientèle atteinte de MPOC. Cet intervenant s'assure de la prise en charge du client par le médecin traitant, le médecin spécialiste (s'il y a lieu), les CLSC et selon l'analyse de l'état de santé, permet l'accès aux ressources spécialisées lorsque le besoin du client ou des référents le nécessite.
- Réadaptation pulmonaire : mise en place de processus de réadaptation pulmonaire.

À ce stade-ci du projet tous les centres hospitaliers ne pourront disposer d'un poste d'intervenant pivot. Par conséquent, les CHSGS qui auront un poste d'intervenant pivot devront développer une approche concertée avec les CHSGS de leur sous-région de façon à actualiser ce rôle d'intervenant pivot relié à la prise en charge de cette clientèle.

Médecin traitant :

- Assure la prise en charge médicale de son patient en collaboration avec le CLSC, le SRSAD, le CHSGS et les autres partenaires dans le cadre du plan de service individualisé.

Service de garde médicale, en soins infirmiers et en inhalothérapie :

Les personnes atteintes vivant à domicile pourront compter sur une garde médicale, en soins infirmiers et en inhalothérapie, vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine, incluant les congés fériés.

- Une garde médicale et infirmière sera mise en place selon un modèle régional pour les clientèles vulnérables.
- La garde en inhalothérapie sera assumée par le SRSAD.

Éléments complémentaires

Suite au Forum sur les urgences, un groupe de pneumologues québécois et un patient ont proposé un ensemble de recommandations publiées dans un rapport en avril 2000 (annexe I) «Vers une approche intégrée des soins et services aux personnes atteintes de MPOC au Québec». C'est donc à partir de ces mesures que l'offre de services et les rôles et responsabilités ont été déterminés.

De plus, une étude québécoise en santé respiratoire a démontré que les interventions structurées amenant les personnes atteintes à acquérir de nouvelles compétences (auto-gestion de leur maladie) et habitudes de vie ont eu un impact significatif soit une diminution de 40 % des visites à l'urgence et des hospitalisations et de 60 % des visites imprévues chez le médecin (étude sous la supervision du Dr. Jean Bourbeau, pneumologue et chercheur).

Afin de faciliter les références, un cheminement des demandes a été élaboré (annexe II).

III. Priorisation des investissements

Nous avons, avec les sommes récurrentes disponibles, opté pour les mesures qui ont un impact direct sur la fréquentation des urgences. L'emphase est mise sur le développement de services spécialisés de première ligne à domicile, la garde infirmière et médicale et le développement dans quelques CHSGS d'un rôle d'intervenant pivot (gestionnaire de cas) et dont le rôle de support clinique s'étendra à la sous-région.

La répartition budgétaire se fera comme suit :

• **SRSAD** (consolidation) Ajout de cinq (5) inhalothérapeutes à temps complet	300 000 $
• Garde infirmière et médicale [1]	120 000 $
• **CLSC** (développement des services)	1 231 060 $
• **CHSGS** (ajout de six intervenants « pivot », un par sous-région)	360 000 $
	2 011 060 $

Répartition pour les CHSGS

Les centres hospitaliers visés sont : l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (sous-région Est), l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (sous-région Nord), le CHUM (sous-région Centre-Est), l'hôpital général du Lakeshore (sous-région Ouest), le CUSM (Institut thoracique) (sous-région Centre-Ouest) et l'hôpital Verdun (sous-région Sud-Ouest).

Répartition pour les projets

De plus, une somme de 400 000 $ (somme non récurrente) est réservée pour soutenir deux (2) projets expérimentaux visant à documenter et à formaliser les approches intégrées et à évaluer les résultats. L'hôpital du Sacré-Cœur et l'Institut thoracique de Montréal (CUSM) recevront chacun 200 000 $.

(1) Cette somme permettra de compléter l'organisation des services de garde infirmière et médicale sur l'ensemble de l'île de Montréal par le biais de deux Info-Santé, un pour l'ouest de l'île et un pour l'est de l'île.

(2) Nous n'avons pas retenu la méthode du regroupement des CLSC : 70 % du budget réparti à partir d'une population pondérée selon un indice de besoins (indice Pampalon) appliqué sur le budget global de chacun et 30 % selon l'équité inter-CLSC. Bien qu'il s'agisse d'une méthode pour rétablir l'équité celle-ci ne permet pas une distribution directe pour atteindre les objectifs visés.

IV. Formation

Afin de permettre la prise en charge de cette clientèle tant au niveau des CLSC, CHSGS, SRSAD, un programme de formation sera dispensé auprès des intervenants impliqués.

Ce programme a pour objectif que les intervenants impliqués aient les connaissances et les habiletés nécessaires pour le suivi, la prise en charge, l'enseignement à l'autogestion de la MPOC, la cessation de fumer, le support psychosocial et à la réadaptation pulmonaire.

Cette formation sera faite en collaboration avec le Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM) et le ministère de la Santé et des Services sociaux compte tenu qu'il existe déjà un programme de formation en développement.

V. Implantation

L'implantation du programme comportera diverses étapes dont : le choix ou l'élaboration d'outils régionaux de suivi et de référence, un programme de formation adapté aux divers intervenants, le support à la mise en place des services locaux, sous-régionaux et régionaux, la détermination d'équipements pour le suivi de cette clientèle, la coordination des différentes étapes d'implantation avec les divers partenaires impliqués et la définition du projet d'évaluation.

Un comité régional sera en place pour suivre l'évolution de l'implantation du projet.

VI. Évaluation du projet

L'évaluation du projet portera principalement sur l'atteinte des résultats. Des indicateurs seront développés afin de permettre de dégager les tendances. À titre d'exemple, les éléments suivants seront donc priorisés :

- l'atteinte des clientèles ciblées (provenance des CHSGS majoritairement) ;
- la fréquentation des salles d'urgence ;
- l'hospitalisation (fréquence, durée de séjour) de la clientèle desservie ;
- l'actualisation (mise en place, fonctionnalité) du modèle organisationnel prévu ;
- la satisfaction de la clientèle et des intervenants.

Deux (2) temps d'évaluation sont prévus : un premier rapport sommaire paraîtra après un (1) an d'implantation et le rapport final après deux (2) ans.

Au terme de cette évaluation, nous serons en mesure de revoir les investissements faits en lien avec les résultats obtenus.

VII. Conclusion

La consolidation, le développement de nouveaux services spécialisés et de première ligne dans la communauté, la mise en place d'une garde infirmière et médicale permettant de couvrir tout le territoire de Montréal, le développement en CHSGS d'un rôle d'expertise clinique ayant une portée sous-régionale nous semblent constituer les actions prioritaires à réaliser si nous voulons avoir un impact significatif, à court terme, sur l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux de notre région.

Ce projet s'inscrit à l'intérieur d'une réflexion régionale qui est en constante évolution. Tous les intervenants du réseau de services sont invités à orienter leur pratique vers une meilleure articulation et intégration de leurs services autour des besoins de la clientèle visée.

À ce sujet, nous croyons que :

- la standardisation des outils d'évaluation, de suivi systématique et de communication ;
- la clarification des rôles et des responsabilités des différents partenaires ;
- la mobilisation des établissements autour d'un projet commun ;

constituent les principaux éléments permettant la mise en réseau des services pour les personnes atteintes d'une MPOC.

ANNEXE I

Mesures proposées tirées du document «Vers une approche intégrée de soins et de services» aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) au Québec.

Initiative d'un groupe de pneumologues québécois, avril 2000

Tableau récapitulatif des objectifs / mesures potentielles

OBJECTIFS ET MESURES	ÉTAPES *				
	A	B	C	D	E
**Étapes de la maladies et périodes critiques d'organisation des services* *A (avant) ; B (émergence de la MPOC) C (relative autonomie) D (perte sévère d'autonomie) E (fin de vie)*					
***MESURES PRÉVENTIVES** (primaires et secondaires)*					
➢ Consolider les stratégies visant l'abstinence des personnes face au tabac et la mise en place de programmes de cessation tabagique	x	x	x	x	
➢ Réaliser le dépistage précoce des personnes susceptibles de faire une MPOC et une référence appropriée le cas échéant		x			
➢ Immunisation des personnes âgées et des personnes atteintes de MPOC contre les infections respiratoires	x	x	x	x	
➢ S'assurer que les personnes atteintes évitent les polluants de l'air dans leur environnement (maison, travail, extérieur)		x	x	x	
MESURES PHARMACOLOGIQUES					
➢ S'assurer que la médication adéquate soit prescrite et rendue disponible au bon moment aux personnes atteintes, particulièrement lors d'exacerbations aiguës			x	x	x
➢ S'assurer de la disponibilité des services d'oxygénothérapie à domicile			x	x	x
➢ Rendre disponible l'oxygène de déambulation				x	
MESURES NON PHARMACOLOGIQUES					
➢ Mettre en place des programmes systématiques d'éducation des patients			x	x	
➢ Rendre disponibles des programmes interdisciplinaires intégrés de réadaptation/adaptation/autogestion			x	x	
➢ S'assurer du dépistage et du traitement précoce des conditions psychologiques aiguës (dépression)			x	x	
➢ Demeurer en lien constant avec la personne atteinte et ses proches pour détecter rapidement l'émergence de situations avant qu'elles ne mènent à un recours à l'urgence ou à l'hospitalisation			x	x	
➢ En cas d'hospitalisation, s'assurer qu'un suivi systématique est réalisé			x	x	
➢ Susciter et soutenir l'émergence de groupes de soutien			x	x	
➢ S'assurer de la mise en place et du suivi de plans de services individualisés			x	x	x
➢ Assurer un soutien aux patients et à leurs proches dans les dédales administratifs liés à leur condition			x	x	x
➢ S'assurer que les services d'urgence sont efficaces lorsqu'ils reçoivent des patients atteints de MPOC		x	x	x	x
➢ Adapter l'environnement physique des personnes atteintes à leur condition			x	x	x
➢ Assurer des mesures d'aide à domicile aux personnes atteintes et de soutien/répit aux proches			x	x	x
➢ Mettre en place des équipes spécialisées de maintien à domicile pour les «cas lourds»				x	x
➢ S'assurer, lorsque requis, que la préoccupation des mesures de fin de vie soit prise en compte					x

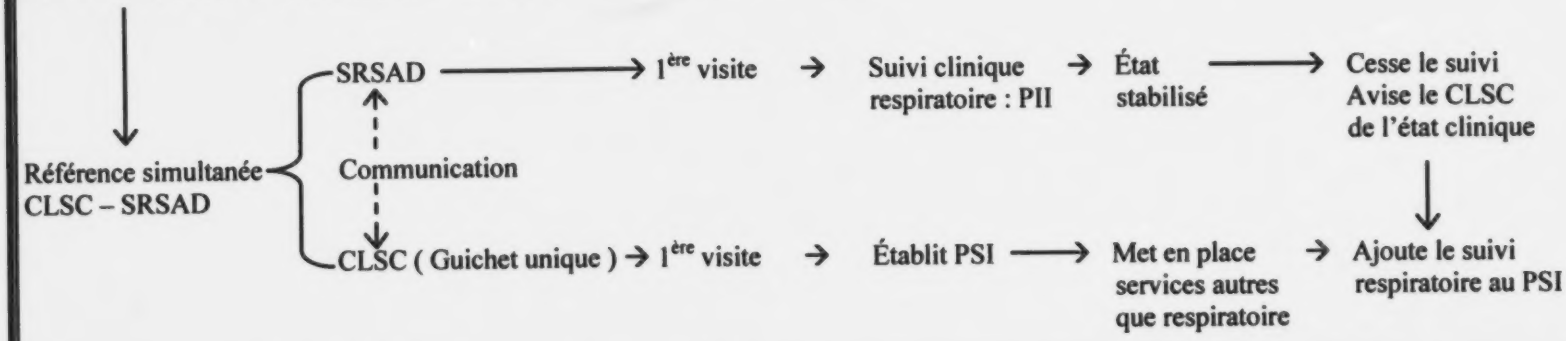
Tiré du document « ... Vers une approche intégrée des soins et services aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) au Québec »

ANNEXE II

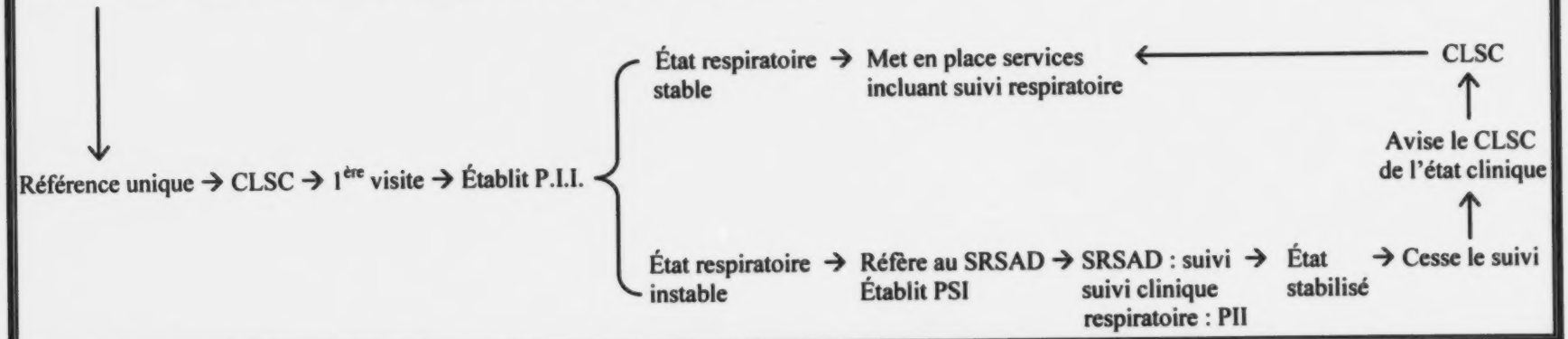
Cheminement de la clientèle MPOC

CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE MPOC

CLIENTÈLE AVEC ÉQUIPEMENT RESPIRATOIRE *
CLIENTÈLE SANS ÉQUIPEMENT RESPIRATOIRE ET AVEC UN VEMS DE 50% ET MOINS OU EN L'ABSENCE DE VEMS AVEC UN DÉBIT DE POINTE DE 50% ET MOINS



CLIENTÈLE SANS ÉQUIPEMENT RESPIRATOIRE ET AVEC UN VEMS SUPÉRIEUR À 50% OU EN L'ABSENCE DE VEMS AVEC UN DÉBIT DE POINTE SUPÉRIEUR À 50%



* Pour la clientèle avec équipement respiratoire : référence simultanée SRSAD et CLSC peu importe l'agent payeur ou la provenance de l'équipement.

PSI : Plan de service individualisé
PII : Plan d'intervention individualisée
SRSAD : Service régional soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques